



El liderazgo enfermero

para la consolidación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario

Resumen

OBJETIVOS. Describir el concepto, origen, medida y estrategias organizacionales para fomentar la cultura de seguridad del paciente. Justificar el liderazgo enfermero en el marco de la seguridad del paciente en el ámbito clínico.

MÉTODO. Análisis conceptual a partir de la revisión crítica de la literatura sobre el tema.

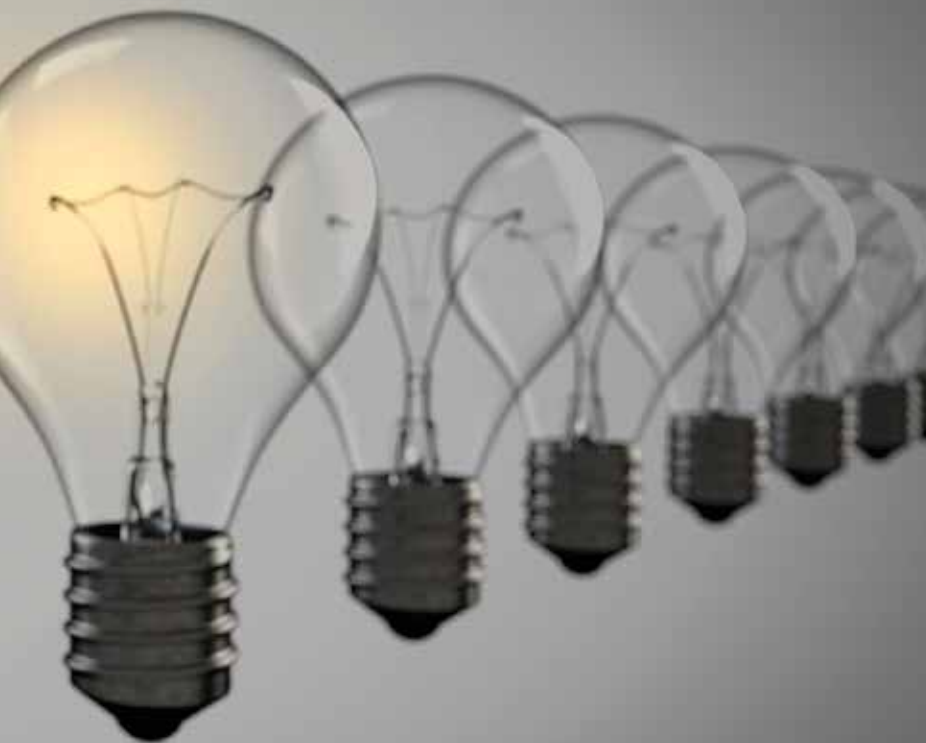
RESULTADOS. Las cuatro líneas estratégicas para la realización de un plan de calidad y seguridad son la creación de un comité de seguridad del paciente, la

implementación de un sistema de declaración y gestión de los incidentes, la información y formación a los profesionales y, por último, el empoderamiento del paciente. La medición de la cultura de seguridad permite analizar los puntos fuertes y los de mejora a nivel institucional. Según varios estudios, la dotación de personal y el soporte de la dirección destacan como aspectos con mayor margen de mejora para un aumento de la cultura de seguridad.

CONCLUSIONES. Tras enmarcar la importancia y a su vez la dificultad de garan-

tizar la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias y el compromiso de las enfermeras, se concluye la necesidad de la implicación de todas las disciplinas asistenciales y no asistenciales, de los políticos, de los gestores y de los propios pacientes para poder lograr unos hospitales más seguros en la atención a todos los ciudadanos.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD DEL PACIENTE; ENFERMERÍA; CULTURA ORGANIZATIVA; CALIDAD ASISTENCIAL; EVENTOS ADVERSOS.



RAMON MIR-ABELLAN: Enfermero, licenciatura, doctorando. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
ANNA FALCÓ-PEGUEROLES: Enfermera, licenciatura, doctorado. Escola d'Infermeria. Facultat de Medicina y Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
ANTONIO JESÚS CRUZ ANTOLÍN: Enfermero, licenciatura. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
RAQUEL FABREGAT MARCOS: Enfermero, licenciatura. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
MARÍA TERESA LLUCH-CANUT: Enfermera, licenciatura. Escola d'Infermeria. Facultat de Medicina y Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
MARÍA LUISA DE LA PUENTE MARTORELL. Médica, doctora. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
Correo e.: ramon.mir@pssjd.org

NURSING LEADERSHIP TO CONSOLIDATE A CULTURE OF PATIENT SAFETY IN THE HOSPITAL SETTING

Summary

AIMS. To describe the concept, background, measures and organizational strategies to promote a culture of patient safety; to justify nursing leadership in the context of patient safety in the clinical setting.

METHOD. A conceptual analysis based on critical review of literature on the subject.

RESULTS. The four strategic lines required to carry out a safety and quality plan are the creation of a patient-safety committee, implementation of an incident reporting and management system, provision of information and training for professionals and, finally, patient empowerment. Assessment of the safety culture allows analysis of strengths along with facets that can be improved at an institutional level. According to various studies, staffing and management support stand out as aspects with the greatest margin for improvement in enhancing the safety culture.

CONCLUSIONS. Subsequent to framing the importance, and consequent difficulty, of ensuring patient safety in health organizations and the commitment of nurses, it can be concluded that here is a need for all care disciplines to be involved, non-caregivers, politicians, managers and the patients themselves, to achieve safer hospitals for the care of all citizens.

KEYWORDS: PATIENT SAFETY; NURSING; ORGANIZATIONAL CULTURE; QUALITY OF CARE; ADVERSE EVENTS.

Introducción

La seguridad del paciente es un elemento central dentro de la calidad asistencial en las organizaciones sanitarias. Engloba todas las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones relacionadas con la atención sanitaria. En este sentido, se acepta que la seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable¹.

Históricamente, la seguridad del paciente ha sido un motivo de preocupación para enfermeras y médicos², explícito ya en el juramento hipocrático con el principio de *primum non nocere*. Sin embargo, no es hasta finales del siglo xx que nace en la conciencia colectiva la idea de que la seguridad debe guiar todos los procedimientos de forma prioritaria y rigurosa en el ámbito asistencial. En 1999, la publicación del informe «To err is human»³, del U. S. Institute of Medicine, marcó un punto de inflexión en relación con la concepción de la seguridad del paciente en las instituciones. En este informe se apuntaron datos demoledores, como que los errores causaban entre 44 000 y 98 000 muertes cada año en los hospitales estadounidenses y que la probabilidad de aparición de un evento adverso (un incidente que causa daño al paciente) durante el total de hospitalizaciones se estimaba entre un 7 % a un 14 %. Se calculaba que las consecuencias fatídicas de estos eventos adversos eran de entre un 3 % y un 4 %.

El año 2004, la OMS fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de proporcionar herramientas y metodologías de trabajo para crear una cultura de seguridad del paciente favorable en los centros asistenciales e impregnar progresivamente las instituciones. Se consolidó por tanto el concepto de «cultura de seguridad del paciente», entendido como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conductas individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad⁴.

Unos años más tarde, en 2014, el Eurobarómetro sobre calidad y seguridad constató que entre el 8 % y el 12 % de los ciudadanos de la Unión Europea aseguró haber sufrido un evento adverso, porcentaje que llegaba al 27 % si se ampliaba a alguien de su familia. El porcentaje crecía al 53 % cuando los europeos encuestados creían poder sufrir algún daño durante su estancia hospitalaria⁵.

A nivel estatal, el estudio ENEAS estimó en un 9.3 % la aparición de eventos adversos hospitalarios y en un 42.8 % la evitabilidad de estos. Desde hace unos años, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene como estrategia número 8 mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud. En esta línea, una primera acción es la promoción y desarrollo del conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria. La propia Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020⁷ también sugiere como primera línea trabajar en la cultura de seguridad, con el objetivo general de mejorar la cultura de seguridad y sus factores humanos y organizativos. En este marco internacional y nacional, las comunidades autónomas, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, siguen el mismo enfoque promoviendo diferentes iniciativas de prácticas seguras con la intención de prevenir o disminuir el daño asociado a la atención sanitaria⁸, además de elaborar diferentes planes de salud con una línea estratégica de excelencia y seguridad que subraya la garantía de la calidad y la seguridad y promueve la cultura de seguridad.

La importancia de que una institución sanitaria alcance una cultura de seguridad del paciente abierta, justa y basada en un enfoque sistémico –partiendo de la implicación y del liderazgo de las propias organizaciones– proporciona el clima adecuado para que pueda emerger la realidad de los

problemas e incidentes de seguridad que existen en la institución. Además, el hecho de que el análisis de los eventos adversos se realice desde una visión de aprendizaje y oportunidad de mejora es el contexto ideal para la consecución del objetivo principal de la disminución en la recurrencia y severidad de los eventos adversos⁹, objetivo que, en caso de alcanzarse, impactaría positivamente tanto en los recursos utilizados^{10,11} como en los profesionales, con previsible disminución del estrés, menor sentido de culpabilidad y, en definitiva, menor aparición del síndrome de la segunda víctima.

Liderazgo enfermero

Las enfermeras han tenido siempre un papel importante en la realización de cuidados de calidad y en la preservación de la seguridad del paciente. Son referentes Florence Nightingale¹², quien introdujo una serie de medidas higiénicas que mejoraron considerablemente la seguridad del paciente; y Jean Watson, que afirmó que la enfermera debe proporcionar comodidad, privacidad y seguridad como elementos caritativos intrínsecos de los cuidados¹³.

En un contexto clínico cada vez más tecnificado y altamente complejo, las enfermeras están presentes en numerosas situaciones asistenciales donde podría presentarse un evento adverso que pudiera tener un impacto negativo en el cuidado del paciente. Según el estudio de Orkai-zagirre¹⁴, un 76.8 % de los eventos adversos están relacionados con los cuidados de enfermería, como la prevención de úlceras por presión, la prevención de caídas accidentales, el uso seguro del medicamento o el manejo adecuado de sangre y hemoderivados¹⁵. La enfermera no es el único profesional que está implicado en estas situaciones¹⁶, pero sí es el que tiene una situación privilegiada por el hecho de estar en contacto permanente con los pacientes. La enfermera no solo tiene un rol activo en la prevención de los eventos

1. Percepción general de la seguridad.
2. Frecuencia de notificación de eventos.
3. Expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de supervisión.
4. Aprendizaje organizacional y mejora continua.
5. Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios.
6. Comunicación abierta.
7. *Feedback* y comunicación sobre el error.
8. Respuesta no punitiva al error.
9. Dotación de personal.
10. Soporte desde dirección para la seguridad del paciente.
11. Trabajo en equipo multidisciplinario.
12. Continuidad (transferencias y trasposos).

La enfermera no solo tiene un rol activo en la prevención de los eventos adversos, sino que además debe adoptar un rol protagonista para el liderazgo activo en las llamadas prácticas seguras

adversos, sino que además debe adoptar un rol protagonista para el liderazgo activo en las llamadas prácticas seguras, por ejemplo la identificación inequívoca del paciente, la correcta higiene de manos o la utilización de la lista de verificación segura quirúrgica. De hecho, partiendo de una enfermería de práctica avanzada, este liderazgo tiene que ser transformacional en la medida en que debe promover cambios en los valores, actitudes y comportamientos en las organizaciones¹⁷, para sentar las bases de una cultura de seguridad del paciente.

En este contexto organizacional, para alcanzar una cultura de seguridad del paciente positiva, uno de los primeros pasos debe ser medir su punto de partida o *baseline*. La evaluación de la cultura de seguridad permite conocer los factores que pueden condicionar la aparición de un evento adverso y de este modo pueden plantearse posibles mejoras que implementar sobre la base de resultados con una metodología de mejora continua.

Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la cultura de seguridad del paciente es el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)¹⁸ y, en nuestro contexto, su versión española validada¹⁹. El HSPSC se puso a disposición de la comunidad sanitaria por la Agency for Healthcare Research and Quality en 2004 y su aplicación en Estados Unidos es extensa, lo que avala su validez y fiabilidad. En España el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con la Universidad de Murcia, adoptó y validó el cuestionario al castellano para su aplicación dentro del estudio «Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español»²⁰.

El cuestionario HSPSC consta de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones (tabla 1) las cuales, a su vez, se organizan en 3 bloques diferenciados, que son: A) Los resultados de la cultura de seguridad; B) La cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio; C) La cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.

Esta organización facilita la interpretación posterior de los resultados obtenidos.

Tras la evaluación inicial (*baseline*) y a fin de obtener la mejora continua se ha de adecuar el plan de calidad y seguridad del paciente con la intención de impactar tanto en las debilidades obtenidas como en afianzar las fortalezas de la organización evaluada.

Este cambio con respecto a la cultura de seguridad no es fácil, como queda reflejado en las conclusiones de dos estudios diferenciados en el tiempo por una década^{20,21} y que son coincidentes a la hora de concluir que

las dimensiones mejor valoradas son «Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» y «Expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de supervisión», y las peor valoradas: «Dotación de personal» y «Soporte desde dirección para la seguridad del paciente». Son resultados muy similares a otros estudios que han utilizado la misma metodología para evaluar la cultura de seguridad²²⁻²⁴.

Líneas estratégicas en las organizaciones

En la actualidad, la tendencia de las organizaciones sanitarias es establecer, entre otras, cuatro líneas de acción estratégicas diferenciadas y claves para implementar un plan de calidad y seguridad. En todas ellas, la aportación de las enfermeras es más que destacable. Ellas contribuyen, con el resto de profesionales implicados –médicos, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos o auxiliares de enfermería–, a una implementación positiva y eficaz para garantizar el éxito de la mejora de la seguridad del paciente. También debe implicarse a los profesionales no asistenciales y a los propios pacientes a participar en los comités de seguridad y grupos de mejora.

Con respecto a las líneas estratégicas, la primera de ellas es la creación de un Comité de Seguridad del Paciente (CSP). Si se tiene en cuenta

que el entorno asistencial actual asume una complejidad elevada, la responsabilidad de las organizaciones es facilitar a los profesionales sistemas de trabajo que sean capaces de minimizar el riesgo de que los errores lleguen al paciente, un CSP ha de trabajar con esta premisa. El papel y empoderamiento de las enfermeras se revela entonces fundamental, por lo que su presencia en todas y cada una de las líneas de trabajo del CSP es una condición para garantizar el éxito de la estrategia. En esta línea, el estudio de Freixas²⁵ constata que las enfermeras son los referentes de la seguridad del paciente en sus instituciones, en más de la mitad de los centros de Cataluña, por poner un ejemplo.

Las líneas de trabajo de un CSP en el ámbito hospitalario han de estar alineadas con las tendencias marcadas por los organismos gubernamentales, las sociedades científicas y la propia realidad. Existe además evidencia de la disminución de los eventos adversos si se implantan las diferentes iniciativas. Son ejemplos de realidades que acostumbran a abordarse desde estos comités:

- **Identificación inequívoca de pacientes.** A los profesionales sanitarios nos compete confirmar la identificación del paciente y las políticas de identificación deben garantizar sistemas y métodos de identificación inequívocos y de cobertura universal²⁶. Son útiles las auditorías periódicas que evalúan la presencia y el contenido de la pulsera identificativa, en cada caso y cuantas veces sea necesario.
- **Prevención y gestión de caídas accidentales.** El objetivo aquí es estandarizar la práctica basada en la evidencia y adaptarla de acuerdo con la experiencia. Debe realizarse la valoración del riesgo de caídas a todos los pacientes diana e instaurar precozmente las medidas preventivas, además de monitorizar la prevalencia de las caídas.
- **Uso seguro del medicamento.** La importancia y el impacto de los errores de medicación hacen necesario instaurar prácticas seguras efectivas para reducirlos²⁷, entre ellas, procedimientos como: «Recomendaciones de manejo de medicamentos que pueden inducir a error» debido al aspecto similar del envase primario; o «Uso de chaleco informativo», con el fin de evitar las interrupciones a las enfermeras durante la preparación y administración de la medicación, medida que ha demostrado ser claramente efectiva²⁸.
- **Prevención y curas de las úlceras por presión (UPP).** Las auditorías periódicas de valoración del riesgo de desarrollar UPP, el seguimiento de las medidas preventivas y el control de la prevalencia de las úlceras son los aspectos centrales en este punto.
- **Cirugía segura.** Un objetivo fundamental es la realización del listado de verificación de cirugía segura, además de la revisión de complicaciones. Es necesario la difusión y la implementación generalizadas de este listado de verificación^{29,30}.
- **Uso seguro de sangre y hemoderivados.** En esta línea, el CSP tiene por objetivo la elaboración de una hoja de control transfusional para garantizar la trazabilidad durante todo el circuito del concentrado. Además, es importante incluir ítems como la verificación del consentimiento informado o la recomprobación del grupo en la cabecera del paciente. Deben añadirse la difusión e implementación, además del seguimiento obvio de su cumplimiento.

Una segunda línea estratégica actual en las organizaciones es la implementación de un sistema de declaración y gestión de los incidentes. Bañeres³¹ aborda este como un punto fundamental para avanzar en materia de seguridad del paciente. Se trata de disponer de un sistema de declaración de incidentes manteniendo los principios de voluntariedad, no punibilidad, posibilidad de notificación anónima, aprendizaje y enfoque sistémico, ade-

más de la posterior gestión de los incidentes conducida por el núcleo de seguridad del paciente de la institución. Toda esta red de notificación y gestión de incidentes de seguridad del paciente parte de la elaboración de un sistema de notificación ajustado a la realidad, además de sencillo y ágil para el profesional notificador. Según datos del propio Ministerio de Sanidad, vuelven a ser las enfermeras las más comprometidas con los Sistemas de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) y es el colectivo enfermero quien más incidentes reporta en estos sistemas. En esta línea de acción, también se cuenta con la participación activa del resto de profesionales asistenciales. Su implicación en la declaración y en la gestión posterior del incidente ayuda a un enfoque desde diferentes puntos de vista, por lo tanto más objetivo y rico en contenido.

El núcleo de seguridad del paciente de la institución en el análisis del evento adverso, en función de la prevalencia y la gravedad de consecuencias del incidente, realiza un abordaje de este siguiendo una u otra metodología. Tras este trabajo de conocer las causas posibles que han facilitado la aparición del suceso, surgen iniciativas y acciones destinadas a evitar la reaparición del incidente. Estas acciones han de ser valoradas por las direcciones de los centros, que son las que deben aprobar o no su puesta en práctica final. Las que se aprueban se han de poner en funcionamiento con la voluntad de generar cambio a fin de que los profesionales que están en contacto directo con el paciente adviertan el sentido de trabajar por y para la seguridad de los pacientes.

El retorno de la información sobre los incidentes y su análisis proporciona un *feedback* al profesional notificador que le ayuda a seguir confiando en el sistema.

En tercer lugar, otra línea estratégica actual en las organizaciones es la apuesta por la información y



La implementación de una cultura de seguridad del paciente a nivel organizativo precisa, tal como se ha argumentado, la voluntad de todos los implicados y estrategias concretas

la formación a los profesionales. Parece evidente que la formación en seguridad del paciente ha de ser un elemento clave e indispensable para conseguir una mejora de la cultura de seguridad de aquel. Por este motivo la OMS desarrolló una guía curricular específica³². La elaboración de este plan de formación se fundamenta en tres niveles:

1. Primer nivel, básico y obligatorio. Este nivel engloba los cursos de acogida a los profesionales de incorpo-

ración reciente. Deben dedicarse a la sensibilización y concienciación de temas relacionados con la seguridad del paciente, además de informar de las diferentes iniciativas existentes en la organización para minimizar el riesgo de aparición de incidentes de seguridad.

Las sesiones informativas y de difusión de aspectos relacionados con la seguridad del paciente han de ser habituales en las reuniones de equipo de todos los servicios y unidades, y se ha de facilitar al máximo la asistencia a ellas de los profesionales dentro de su jornada laboral y en los diferentes turnos, siempre y cuando la actividad asistencial del momento así lo permita. Indudablemente, se ha de contar con el apoyo de la dirección de la institución para realizar las coberturas que se precisen.

Otras fuentes de información para los profesionales pueden ser la memoria anual de la organización o su página web corporativa.

2. Segundo nivel, intermedio. Dentro de las necesidades formativas incluidas en el programa de formación continuada de los profesionales de una institución sanitaria han de quedar representados los cursos de seguridad del paciente. Se trata de cursos de unas 10-20 horas de duración, que deben compensarse como jornada laboral efectiva de los profesionales que acceden a la formación.

3. Tercer nivel, superior. Se considera aquí la formación amplia y especializada, como es cursar un posgrado o máster de Calidad y Seguridad. Se deberían proporcionar becas a algunos profesionales de la institución que lideren proyectos de mejora asistencial.

Por último, una cuarta línea estratégica que deben implementar las organizaciones sanitarias es el empoderamiento del paciente en su propia seguridad. Esta medida que se impone con fuerza en las organizaciones es coherente con las normativas sobre derechos y deberes en salud. Sin embargo, requiere, en primer lugar, que los profesionales asuman que el paciente es conocedor de las medidas preventivas de los riesgos asociados a la actividad asistencial. A nivel práctico, esta línea estratégica debe ir acompañada de la colaboración, consejo y *coaching* de los profesionales que, teniendo asumido el compromiso organizacional en materia de seguridad, pueden propiciar un entorno favorable para que el paciente esté verdaderamente empoderado en la toma de decisiones.

Discusión

La implementación de una cultura de seguridad del paciente a nivel organizativo precisa, tal como se ha argumentado, la voluntad de todos los implicados y estrategias concretas. Sin embargo, un elemento necesario es una mayor dotación de personal. De hecho, en el contexto de la medida inicial de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias, una de las dimensiones peor valoradas a través del cuestionario HSPSC es la «Dotación de personal»^{20,21,33}, por lo que no se debe pasar por alto el discurso de la dotación de recursos humanos, ya que hay que tener en cuenta, tal y como recoge el Consejo Internacional de Enfermería³⁴, que cada vez existe mayor evidencia sobre qué niveles inadecuados de dotación de enfermeras se relacionan con el aumento de eventos adversos, como pueden ser las caídas accidentales, las úlceras por presión, o los errores de medicación, incidencias estas que elevan los índices de mortalidad en los hospitales³⁵. Linda H. Aiken aboga también por la relación directa entre un número alto de enfermeras cualificadas (enfermeras de práctica clínica avanzada) y el aumento de seguridad de los pacientes, y cuantifica que una disminución de un 10 % de enfermeras con estas competencias adquiridas se asocia a un 11 % de incremento en la mortalidad³⁶.

Otra de las dimensiones, ya descrita, con amplio margen de mejora es

el «Soporte desde dirección para la seguridad del paciente», a pesar del esfuerzo de cargos intermedios o profesionales de base, la sensibilización también debe manifestarse en las gerencias y en las direcciones de las organizaciones, de modo que la priorización de los temas relacionados con la seguridad del paciente pase de la teoría a la práctica³⁷. La presión en el rendimiento de cuentas a corto plazo y la necesidad de obtener resultados positivos inmediatos, asociada a la rotación elevada de estos cargos³⁸, pueden ser algunos de las razones por las que existe esta percepción de falta de apoyo. Los niveles de «ultraseguridad» alcanzados en otros sectores alejados del sanitario, como pueden ser la aviación o la energía nuclear, han precisado un compromiso total y una apuesta inequívoca por parte de los altos cargos de sus organizaciones para conseguir el objetivo.

Si se sigue la recomendación de medir la cultura de seguridad a nivel organizativo antes de iniciar una estrategia concreta, es inevitable preguntarse si los resultados posintervención o posimplementación estratégica variarán o no. Es importante tener en cuenta que las expectativas han de ser realistas, puesto que los cambios culturales son complejos y no se consiguen a corto plazo. Sin embargo, lo importante es que la tendencia del cambio siga una curva positiva. Para ello se ha de ser perseverante con la estrategia adoptada o reconducir la misma si se observa que este impacto positivo no se produce.

Conclusiones

La adquisición de una cultura de seguridad del paciente por parte de las organizaciones implica la puesta en marcha de diferentes estrategias muy concretas, conectadas entre sí y que actúan en frentes diferentes con un objetivo común, que es situar al paciente en el centro de unos cuidados y de una atención sanitaria seguros y de calidad. Esto es un desafío

que interpela a todos los profesionales sanitarios y, por supuesto, a las enfermeras. Este mayor protagonismo enfermero se desarrolla en una realidad donde forma parte del quehacer diario de las enfermeras tomar decisiones que conllevan riesgo para los pacientes. Ello lleva aparejada la posibilidad elevada de cometer errores y causar algún tipo de daño¹⁴. Además de la implicación de todos los profesionales asistenciales y los no asistenciales, es fundamental e indispensable la implicación del resto de agentes, de los políticos desde las Administraciones, de los gestores de las diferentes direcciones

y, cómo no, de los propios pacientes. Para este fin, se han de llevar a cabo políticas encaminadas al fomento de una cultura positiva de seguridad del paciente, para alcanzar el reto de que esta cale definitivamente en las organizaciones.

Bibliografía

- Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud; 2009 [consultado 22 Sep 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin*. 2010;135(Supl 1):1-2.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999.
- Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:338-43.
- Sahuquillo MR. Enfermar en el hospital. *El País*. Martes 9 de diciembre del 2014; Sociedad: 36.
- Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado 04 Ago 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 07 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
- Saura R, Moreno P, Vallejo P, Oliva G, Álava F, Esquerma M. Diseño, implantación y evaluación de un modelo de gestión de la seguridad del paciente en hospitales de Cataluña. *Med Clin*. 2014;143(Supl 1):48-54.
- El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2011;24:11-45.
- Rafter N, Hickey A, Conroy R, Condell S, O'Connor P, Vaughan D. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals – a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:111-9.
- Allué N, Chiarello P, Bernal-Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Evaluación económica del impacto de los eventos adversos en los hospitales españoles mediante el uso de datos administrativos. *Gac Sanit*. 2013;13:131-3.
- Agra Y. Seguridad del paciente en el pasado, presente y futuro de las organizaciones sanitarias. Un desafío para las enfermeras. *Enferm Clin*. 2017;27:211-3.
- Raile-Alligood Martha, Mariner-Tomey Ann. *Nursing Theorists and Their Work*. En: Modelos y teorías en enfermería edición en español. 7.ª ed. Elsevier España; 2011.
- Orkazagirre Gómara A. La incidencia de eventos adversos potencialmente atribuibles a los cuidados enfermeros en unidades hospitalarias. *Enferm Clin*. 2014;24:356-7.
- Pérez Beltrán A, Frías Gil S, López Ruiz M, Villano Ansótegui MA, Fernández González R, Moreno Larrea A. La medición de la cultura de seguridad del paciente. Una revisión bibliográfica. *Rev Rol Enferm*. 2013;36:602-7.
- Bañeres J, Ortego C, Navarro L, Casas L, Banqué M, Suñol R. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *Med Clin*. 2014;143(Supl 1):3-10.
- Hamric AB, Hnso CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced practice nursing. An integrative approach, 5.ª ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2014.
- Hospital Survey on Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [consultado 20 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospscanform.pdf>
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado 04 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- Saturno PJ, Da Silva Z, de Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, de Souza-Oliveira A, Grupo Proyecto ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin*. 2008;131:18-25.
- Mir Abellán R, Falcó Peguerols A, de la Puente Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit*. 2017;31:145-9.
- Škodová M, Velasco MJ, Fernández MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist*. 2011;26:33-8.
- Bernalte V, Orts MI, Loreto M. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *Enferm Clin*. 2015;25:64-72.
- Roqueta F, Tomás S, Chanovas MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356-64.
- Freixas Sala N, Monistrol Ruano O, Espuñes Vendrell J, Sallés Creus M, Gallardo González M, Ramón Cantón C, et al. Seguridad del paciente e implicación de enfermería: encuesta en los hospitales de Cataluña. *Enferm Clin*. 2017;27:94-100.
- Moris J, Fernández E, Aibar-Remón C, Castán S, Ferrer JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):72-8.
- Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, editors. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2007.
- Westbrook JJ, Li L, Hooper TD, Raban MZ, Middleton S, Lehnbohm EC. Effectiveness of a «Do not interrupt» bundled intervention to reduce interruptions during medication administration: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMJ Qual Saf*. 2017;0:1-9.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
- Ong APC, Devcich DA, Hannam J, Lee T, Merry AF, Mitchell SJ. A «paperless» wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:971-6.
- Bañeres J, Ortego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calid Asist*. 2005;20:216-22.
- World Health Organization. Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. [Internet] Patient Safety. World Health Organization; 2011 [consultado 07 Ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/
- Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc Enferm*. 2011;17:97-111.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posicionamiento. Seguridad de los pacientes [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2012 [consultado 07 Ago 2017]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf
- Aiken LH, Sloane D, Bruyneel L, den Heede KV, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824-30.
- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2016;0:1-10.
- Ruiz López P, Carrasco González I. Liderazgo en la seguridad del paciente. *Rev Calid Asist*. 2010;25:55-7.
- Giménez Júlvez T, Hernández García I, Aibar Remón C, Gutiérrez Cía I, Febrel Bordejé M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gac Sanit*. 2017;31:423-6.